Tuberculose pulmonaire: Diagnostic et traitement

Dr Jaafar M

Introduction:

- La tuberculose a constitué pendant longtemps un défi pour la santé publique dans le monde entier et continue d'être un problème important dans les pays en voie de développement .
- BK : 9 millions de cas / an ++++++++++
- 95 % des cas : pays en voie de développement .
- Grâce a la chimiothérapie antituberculeuse ,des régimes de chimiothérapie permettent de guérir pratiquement tous les malades .
- Malgré un traitement efficace, la guérison dépend de l'association médicamenteuse correcte ,du contrôle et de la supervision.

Objectifs:

Reconnaître les signes cliniques de la tuberculose pulmonaire.

Faire le diagnostic positif.

Savoir traiter une tuberculose pulmonaire.

Suivi du traitement antituberculeux et conduite a tenir devant ses effets secondaires.

Définition:

C'est l'atteinte pulmonaire évolutive due au bacille de Koch(BK).

Il s'agit soit d'une réinfection endogène ou d'une ré infestation.

Intérêt:

- Fréquence: problème de santé publique.
- Diagnostic.
- Thérapeutique.
- Pronostic.
- Maladie a déclaration obligatoire.

Epidémiologie:

- Incidence annuelle de tuberculose toutes formes confondues: **22à99 cas/100000 habitants/an.**
- Incidence annuelle de tuberculose pulmonaire microscopie positive:**26 cas/100000 habitants/an**.
- Le risque annuel d'infection:0,5%.

- **Agent infectieux** :

Le mycobacteruim tuberculosis hominis est **strictement humain**

Famille des mycobacteriaceae

Bacille aérobie.

Acido alcoolo résistant à la coloration de Ziehl Neelsen

Sensible a la chaleur , acide et la lumière solaire, RX

La division cellulaire : 1 fois /20 h l'évolution lente de la maladie et croissance lente des colonies.

Transmission du germe:

- La transmission est interhumaine.
- La contamination par voie aérienne, a partir d'un individu contagieux = bacillifère .
- la caverne tuberculeuse est la lésion la plus riche en BK
- Les gouttelettes de pflûgge (1- 3 unités bacillaires) sont produites sous forme d'aérosol par les patients contagieux.
- C'est la déposition alvéolaire de quelques bacilles (1 à 3) et leur multiplication, qui va être à l'origine de la PIT.

Conditions de transmission:

- Malade contagieux qui vit sous le même toit.
- Ages extrêmes.
- Immunodépression de l'hôte.
- **massive et répétée.**

Clinique:

1/ circonstances de découverte :

Des signes respiratoires:

symptômes respiratoires durables (plus de 15 jours): toux avec expectoration muco-purulente résistante au traitement antibiotique usuel ,fièvre parfois un tableau d'une pneumonie résistante aux antibiotiques, douleurs thoraciques et hémoptysie.

Des signes généraux: associes aux signes respiratoires:

Altération de l'état général avec asthénie , anorexie , amaigrissement.

fièvre trainante.

sueurs nocturnes.

Découverte sur cliché systématique: découverte fortuite.

2/ Tableau clinique :

interrogatoire:

Un terrain favorisant tel que dénutrition, immunodépression (HIV, diabète insuffisance rénale…

Contage récent .

Absence de BCG.

Notion de primo-infection tuberculeuse.

l'examen clinique:

l'examen pleuropulmonaire: plus souvent normal.

Rechercher des signes **de mauvaise tolérance** en rapport avec une forme évoluée, étendue.

souffle cavitaire si cavité importante.

Rechercher une **autre localisation:** méningé, ganglionnaire périphérique, atteinte uro-génitale.

3/ Examens complémentaires:

A- telethorax:

<u>Siege</u>: souvent l'apical **du lobe supérieur. Parfois l'apical du lobe inférieur.**

<u>Aspect</u>:

nodules de taille variable.

infiltrats parenchymateux: peut être minime peu dense ou étendue et hétérogène.

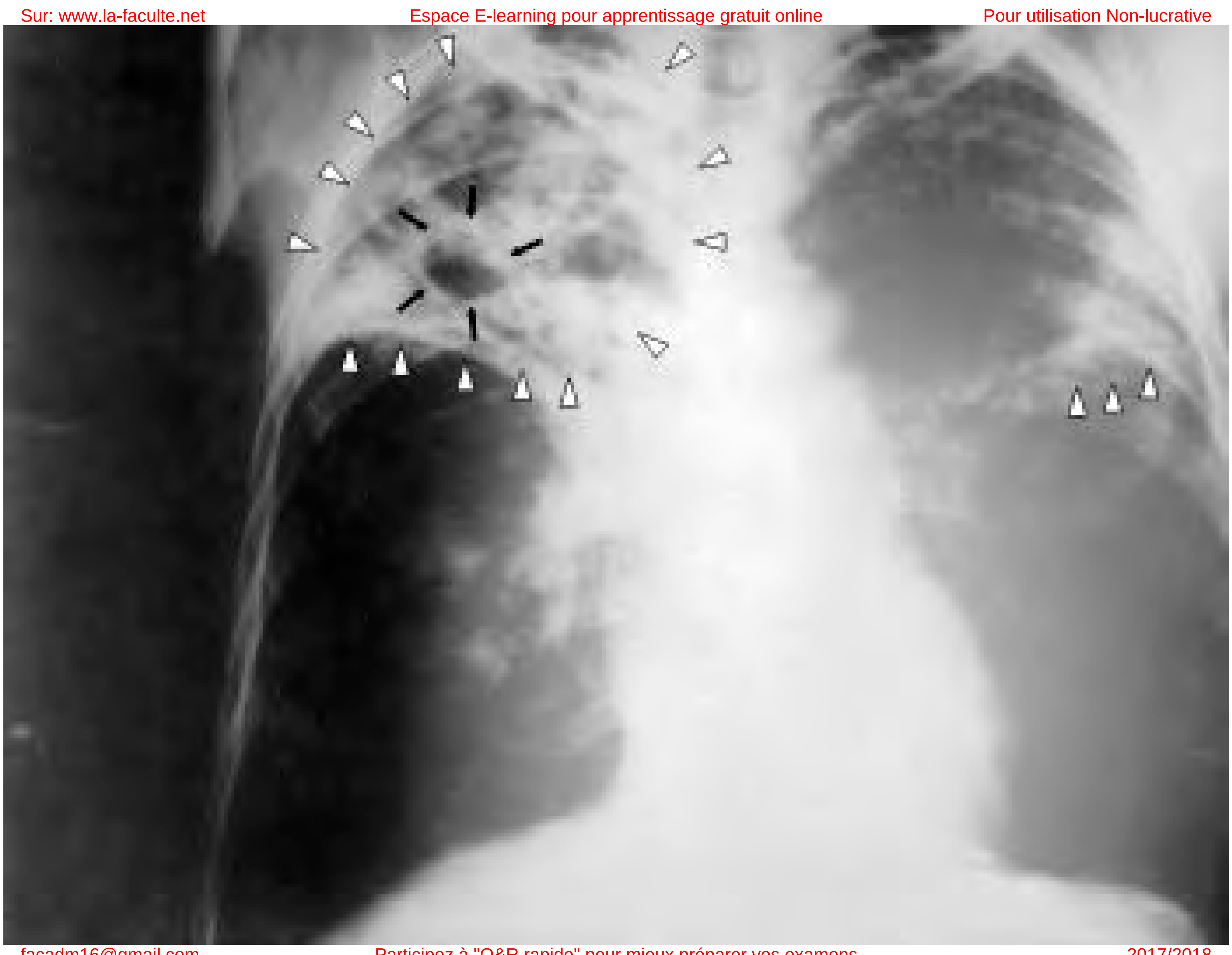
Caverne +/- image en raquette.

parfois opacité alvéolaire systématisée.

<u>Lésions radiologiques liées aux complications de la maladie:</u>

Images étendues témoignant de la gravité.

Epanchement pleural , pneumothorax, atteinte vertébrale(mal de Pott).



B- IDR à la tuberculine:

Généralement positive peut être négative chez le sujet âgé , immunodéprimé et dans les formes graves étendues.
Pas d'intérêt dans le diagnostic de la tuberculose pulmonaire.

C- Diagnostic de certitude: la microscopie:

C'est l'isolement du germe(BK) par Bacilloscopies ou tubage gastrique ou même une fibro aspiration bronchique.
NB: il existe des TP à BK négative.

- **technique:**
  - Recueil des expectorations matinales pendant 3 jours de suite.
  - tubage gastrique matinale en absence d'expectoration.
  - Fibro-aspiration dirigée , Liquide pleural en cas d'épanchement .

- **resultats:**
  - Examen direct(coloration de Ziehl-Nelson)
  - Culture sur milieu de Loewenstein Jensen. Pour les formes pauci-bacillaires.
  - PCR (Polymérase chaine réaction): permet de détecter le germe ;en 24H à 48H.

l'antibiogramme est obligatoire en cas d'echec ou de rechute

- **Interprétation des résultats:**

richesse de la lame:

- 1à9 BK/300champs => lame douteuse.(à refaire).
- 10à 99BK/100 champs => lame moyennement riche(+).
- 1à10BK/champ => lame riche (++).
- > 10BK/ champ => lame très riche (+++).

Diagnostic différentiel:

- Pneumonie alvéolaire.
- Abcès pulmonaire.
- Cancer bronchique.
- Kyste hydatique suppuré.

évolution et pronostic:

- **le souvent favorable**

disparition des BK dans l'expectoration dans les 15 jours du traitement.
L'amélioration clinique dés le 2eme mois.
Guérison au 6eme mois.

- **complications:**

Hémoptysie.
Pleurésie , pneumothorax .
Détresse respiratoire dans les formes étendues.
Décompensation de tares.

- **séquelles:**

Dilatation de bronches. Séquelles Fibro-bulleuses. Nodules calcifiés. Adénopathies médiastinales calcifiés. Pachypleurite. Greffe aspergillaire. Insuffisance respiratoire chronique. Rechutes.

Traitement :

- **Buts:**

  - Traiter et guérir le malade afin d'éviter les complications.

  - Réduire les sources d'infection.

  - Eviter l'émergence de souche résistante.

- **Moyens:**

  -médicamenteux

  -rarement chirurgical pour les formes résistantes et certaines complications.

Quand hospitaliser ?

Altération sévère de l'état général

Tuberculose aigue ou grave(mal de pott +paraplégie/coxalgie,….)

Complications(hémoptysie, PNO)

Effets secondaires majeurs

Maladies associées(diabète, insuffisance rénale….)

Certaines localisations extra pulmonaires dans un but diagnostic (séreuse, viscérales ,ostéo-articulaire)

Cas chroniques et cas de TP à bacille multi résistants.

- **traitement médicamenteux:**

Association d'au moins 4 médicaments à la phase d'attaque de 2 mois(résistance naturelle du BK)

pris régulièrement tous les jours le matin a pendant une durée suffisante(6 mois de traitement).

dose correcte en fonction du poids(en fonction du médicament).

Médicaments essentiels :

1.Ethambutol: - **(E) ,** - bactériostatique. cp de 100 et 400 mg.
- dose:15- 20 mg/kg/j.
- effets secondaires: névrite optique rétrobulbaire.

2.Rifampicine: (R) bactéricide. Cp de 150 et 300mg
- dose : 8-12 mg/kg/j.
- effets secondaires: cutanée, troubles digestifs , anémie hémolytique, hépatique.

3. Isoniaside : (H) , -Bactéricide. cp 100 et 300 mg
- dose : 4-6 mg/kg/j.
- effets secondaires: cutané , polynévrite, hépatite médicamenteuse, troubles psychiques type euphorie.

4.Pyrazinamide: (PZA) Bactéricide, CP de 400-500 mg
- dose 20 à 30 mg/kg/j.
- effets secondaires: hépatotoxiciré, hyperuricémie.

Schéma thérapeutique:

2mois de ERHZ suivi de 4 mois de RH (en fonction du poids)

2 RHZE/4 RH

2RHZE : dose d'attaque.

4 RH : dose d'entretien.

Surveillance:

- observance.
- tolérance.
- efficacité.

Tolérance:

1/ effets secondaires mineurs :

- Des troubles digestifs(anorexie, nausées, vomissements)
- La sensation d'euphorie ou l'insomnie provoquée parfois par l'isoniazide .
- Les arthralgies observées après l'administration de pyrazinamide.
- L'apparition ou l'aggravation d' acné liée à la prise de rifampicine et d'isoniazide.
- Prurit léger, érythème……….

2/ effets secondaires majeurs :

- Les accidents cutané**s** :Hypersensibilité generalisée.
- Les accidents sanguins liée à la streptomycine et la rifampicine.
- Les accidents hépatiques liée à la prise de l'isoniazide, la rifampicine ou le pyrazinamide.
- Des accidents neurologiques et sensoriels peuvent être dues à la streptomycine , L'isoniazide , L'éthambutol.
- Un accident rénal majeur : l'anurie consécutive à une tubulo-néphrite toxique.

Efficacité:

- Le control bactériologique se fait au 2eme , 5eme et 6eme mois du traitement antituberculeux.
- Si les BK sont toujours positifs au 2eme mois , recontrôler un mois après , si les BK sont toujours positifs demander un antibiogramme.

Prévention:

- Vaccination BCG pour tout nouveau né.
- Traitement de toute source d’infection(les cracheurs de bacilles.
- Déclarer toute forme de tuberculose.

Bibliographie:

- Manuel de la lutte Antituberculeuse à l'usage des personnels médicaux 2011.
- Généralités sur la tuberculose .Gharnaout M